Nr 32. Kraków, 16. sierpnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego. w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i S., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·—, półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 16 sierpnia 1919. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O szczepieniach ochronnych przeciw durowi brzusznemu.

Podał

Dr Maksymilian Blassberg.

(Dokończenie).

Jeżeli szczepiony zachoruje później mimo to na dur brzuszny, to przebieg kliniczny choroby zazwyczaj bywa odmienny od zwyczajnie spostrzeganego typu. Prawie w połowie przypadków daje się zauważyć zaczęcie się choroby przez wstępne silniejsze dreszcze. Tłomaczy się to w ten sposób, że podczas gdy u nieszczepionych niszczenie bakteryi, które wtargnęły do krwi, odbywa się zwolna i stopniowo z powodu małej ilości ciał ochronnych, to tutaj w początku choroby jest już tyle ciał ochronnych, że już od razu zaczyna się bakteryoliza i ciała ochronne przeszkadzają rozwojowi choroby. Dopiero przy pewnej znaczniejszej sile jadowitości lub wzmożonej ilości bakteryi udaje im się wywołać chorobę, a wyrazem ochronnej walki są dreszcze i silne natężenie wstępnych objawów. Gorączka według zgodnych wielostronnych spostrzeżeń bywa u szczepionych zazwyczaj niższa i łagodniejsza, często o przebiegu nieregularnym. Okresy narastania i ustępowania gorączki wybitnie się skracają, ciepłota narasta szybko, a spadek przypomina nieco charakter przełomowy, przez co upodabnia się do duru plamistego. Okres trwałej i ciągłej gorączki na szczycie choroby bywa krótszy, a często niema go zupełnie, a bezpośrednio po dojściu gorączki do szczytu zaczyna się opadanie. Ciepłota 40° i wyższa bywa znacznie rzadszą, niż u nieszczepionych. Natomiast jest nieco większa skłonność do nawrotów, aczkolwiek łagodnych i krótkotrwałych, które również cechuje skrócenie okresu szczytowego gorączki. Nawroty najczęściej spotykano u tych szczepionych, u których schorzenie wystąpiło w krótkim stosunkowo czasie po szczepieniu. U szczepionych występuje w miejscu dawnego szczepienia zaczerwienienie i bolesność uciskowa, które pochodzą stąd, że resztki antygenu, pozostałe po szczepieniu, oddziałują z niwecznikami, wytworzonymi przez zakażenie. Co do obrzęku śledziony w przebiegu duru brzusznego u szczepionych uderza fakt, że występuje on częściej i znacznie wybitniej, niż u nieszczepionych. Ponieważ utrzymywanie się powiększenia śledziony, zwłaszcza po wielokrotnych szczepieniach, było bardzo często spostrzegane, musimy zachować ostrożność przy stwierdzaniu obrzęku śledziony, jeśli szczepiony zapadnie później na jakąkolwiek chorobę gorączkową, aby zbyt pochopnie nie rozpoznać duru brzusznego. Niektórzy widywali u 63·1% szczepionych w pierwszych dniach po szczepieniu obrzęki śledziony (Miloslavich). U blisko 6% osobników szczepionych znajdujemy jeszcze po dwóch miesiącach obrzęki śledziony, jednak dłużej aniżeli 3 miesiące obrzęki takie zwykle się nie utrzymują, tak iż w praktyce po 3 miesiącach zjawisko to mniej wchodzi w rachubę. Atoli osoby szczepione wogóle dość często oddziałują stwierdzalnem powiększeniem śledziony na nieznaczne bodźce np. przy grypie, przy zapaleniach migdałków, oraz przelotnych stanach gorączkowych, o czem dyagnostycznie pamiętać się musi dla uniknięcia omyłek. Charakterystyczne objawy mózgowe, bóle głowy, śpiączka, odurzenie i majaczenie, a także i objawy jelitowe bywają u szczepionych łagodniejsze i krótkotrwałe lub niema ich zupełnie. Krwotoki jelitowe i zakrzepy żylne zdarzają się rzadziej, niż u nieszczepionych. Różyczkę spostrzega się tylko u blisko 20%, odczyn dwuazowy u 15—20% szczepionych przy późniejszem zachorowaniu. Inne objawy jak: leukopenia i wzajemny stosunek krwinek białych, charakterystyczne obłożenie języka, nieżyt oskrzeli i stolce bywają u szczepionych takie same, jak u nieszczepionych. Również i tętno zachowuje się tak samo i bywa zwykle w stosunku do ciepłoty względnie zwolnione. Według badań anatomo-patologicznych Kretza z porównania sekcyi zwłok zmarłych na dur u szczepionych i nieszczepionych wynika, że okres choroby, w którym nastąpiła śmierć u szczepionych, jest wybitnie przesunięty ku końcowi, że śmierć zatem następuje w końcowych okresach duru. Również i badania Wiesnera stwierdzają, że czas trwania choroby i obraz anatomiczny jelit jest odmienny u szczepionych i u nieszczepionych, że wydzielanie bakteryi jest szybsze i że nie dochodzi tak łatwo do tworzenia się martwicy i wrzodów. Podobne zjawisko spostrzega się także w błonicy, leczonej surowicą, i ono dowodzi według Kretza pożyteczności szczepienia i złagodzenia swoistego zakażenia. Na ogół zgodne są wszystkie spostrzeżenia w tem, że szczepienie obniża liczbę zachorowań i przypadków śmiertelnych, skraca i łagodzi przebieg choroby, obniża ciepłotę, zmniejsza częstość powikłań, a zwiększa częstość przebiegów poronnych. Procent przypadków ciężkich powikłanych i śmiertelnych najwyższy jest u nieszczepionych, niższy u niedostatecznie szczepionych (np. tylko jeden raz) i obniża się stale procentowo w miarę, im dokładniej szczepienie było przeprowadzone. W miarę oddalania się od czasu szczepienia daje się stwierdzić stopniowe podnoszenie się liczby ciężkich i śmiertelnych zachorzeń, a po upływie roku różnica między szczepionymi a nieszczepionymi zaczyna się zacierać. Przy uwzględnieniu wywiadów w szpitalach epidemicznych, wykazuje się, że w ogólnej liczbie chorych szpitalnych najmniejszy jest odsetek tych durowych, którzy przebyli najwięcej szczepień ochronnych. Natomiast szczepienie takie nie zdaje się wywierać wpływu na to, czy ktoś, zachorowawszy później na dur, stanie się roznosicielem bakteryi, czy też nie. Te spostrzeżenia u ludzi zgadzają się z wynikami badań na zwierzętach. Można bowiem wprowadzić zwierzętom, a zwłaszcza królikom zarazki durowe do pęcherzyka żółciowego, a wówczas zwierzę staje się gospodarzem i stale je wydziela. To stałe wydzielanie utrzymuje się także i u takich zwierząt, które poprzednio poddano ochronnemu szczepieniu przeciwdurowemu (Emmerich i Wagner).

Przy dyagnostycznych usiłowaniach uzyskania hodowli z krwi chorych na dur brzuszny stosunkowo często nie udaje się, zdaniem niektórych autorów (Hohlweg), wyhodować bakteryi ze krwi osobników dawniej szczepionych. Gdy zwykle bywa w pierwszym tygodniu choroby u przeszło 90% chorych hodowla ze krwi dodatnia, to u szczepionych udawało się to w 30%, najwyżej do 50% przypadków. Tłómaczą to (Hohlweg) korzystnym wpływem szczepienia, sprawiającym, że we krwi krążą zwiększone ilości ciał ochronnych, a zwłaszcza bakteryolizyn i bakteryotropin. One nie mogą wprawdzie zapobiedz osiedleniu się prątków durowych w jelicie, przeszkadzają jednak zalewowi krwi przez bakterye i powstaniu bakteryemii i posocznicy durowej przez niszczenie endotoksyn bakteryjnych. Moje spostrzeżenia w szpitalach epidemicznych nie potwierdzają tego twierdzenia, gdyż prowadząc stacye obserwacyjne mogłem w bardzo znacznie przeważającej liczbie przypadków oprzeć rozpoznanie duru na dodatnim wyniku hodowli ze krwi pomimo, że w rozmaitych szpitalach spoczywały badania bakteryologiczne w rękach różnych lekarzy. Niekiedy przy ujemnych pierwszych wynikach badania bakteryologicznego z różyczki lub ze krwi udawało się jednak uzyskiwać dodatnią hodowlę przy dalszych badaniach oraz równoczesnem użyciu materyału z większej liczby różyczek lub przy użyciu większej ilości krwi do hodowli. Nadto trzeba zwrócić uwagę

na to, że chorzy przeważnie docierają do szpitali i stacyi bakteryologicznych już pod koniec pierwszego tygodnia, kiedy zatem i w zwykłych warunkach uzyskanie dodatnich hodowli staje się trudniejszem.

Co do odczynu Widala, to pojawianie się i długie utrzymywanie się aglutynin swoistych po szczepieniach wytrąciło z rąk lekarza bądź co bądź dobry środek rozpoznawczy, za jakie uchodził ten odczyn przy durze. Badania bowiem wykazały, że jeszcze w dwa lata po szczepieniu ochronnem może odczyn ten wypadać sam przez się dodatnio. Zazwyczaj jeszcze w dobę po pierwszem wstrzyknięciu szczepiennem brak aglutynacyi, a już w pięć do sześciu dni później można ją stwierdzić i po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu bywa zwykle dodatnią. Stopień jej bywa rozmaity, co skłonny jestem po części przypisywać odmiennym metodom i środkom badania poszczególnych zakładów bakteryologicznych. Według Paltaufa nie należy wysoki stopień aglutynacyi ponad 200 do częstych zjawisk poszczepiennych. Ja widywałem po szczepieniach aglutynacyę, wahającą się między 1:40 a 1:360, a u blisko 10% szczepionych obserwowałem zupełny brak aglutynacyi poszczepiennej. Niektórzy jednak autorowie opisują wysokie stopnie odczynu, przekraczające nawet 1:2560. Luksch i Hever podają, że aglutynacya wysokiego stopnia utrzymuje się przez 6 miesięcy, w 7. miesiącu następuje wybitny spadek, a w 8. i 9. miesiącu następuje dalsze spadanie stopnia aglutynacyi, przyczem miano jej może podlegać różnym wahaniom indywidualnym. O aglutynacyi swoistej u szczepionych ogłoszono bardzo liczne prace, nietylko dlatego, że w tem zjawisku chciano się dopatrywać dowodu dla wywołanej sztucznie odporności, lecz także dla oceny rozpoznawczej wartości próby Widala u szczepionych, którzy później zachorowali na dur brzuszny. Gdy jedni sceptycznie zapatrują się na wartość rozpoznawczą tego odczynu u szczepionych, to drudzy starali się ustalić dolną granicę miana aglutynacyjnego, któraby należało przyjąć za rozpoznawczo dodatni wynik tej próby. Do niedawna uważało się za zasadę, że rozpoznawcze znaczenie przypisywać można przy późniejszem zachorowaniu tylko stałemu potęgowaniu się miana aglutynacyi do wysokiego natężenia 1:500—1:1000, i to tylko wtedy, jeżeli co najmniej 8 do 10 tygodni upłynęło od szczepienia. Jednorazowemu zaś stwierdzeniu wysokiego stopnia aglutynacyi przypisywano znaczenie rozpoznawcze dopiero po upływie 10 miesięcy od szczepienia ochronnego. Natomiast przyjmowano jej znaczenie rozpoznawcze w całej pełni, jeśli na początku choroby była ujemną, a potem w dalszym przebiegu choroby wypadła dodatnio. Jednakże nowsze badania wogóle jeszcze bardziej obniżyły rozpoznawczą wartość próby Widala. Stwierdzono bowiem wielokrotnie, że u osób z aglutynacyą poszczepienną miano jej może się pod wpływem nieswoistych bodźców chorobowych oraz pod wpływem gorączki nie durowej podnosić, a nawet, że odczyn ten występował na nowo u takich chorych, którzy byli już tak dawno szczepieni, że odczynu w chwili zachorowania na nową chorobę gorączkową zupełnie nie było. U królików szczepionych ochronnie przeciw durowi brzusznemu udawało się w okresie zanikania odczynu Widala wywoływać ponowne jego wzrastanie wstrzykiwaniami zawiesiny bakteryi kałowych, czerwonkowych, błoniczych i krowianki. U ludzi szczepionych zauważono narastanie miana aglutynacyjnego durowego w przebiegu gruźlicy prosówkowej, zimnicy, zapalenia płuc, choroby Weila, róży, czerwonki, ropnia migdałka, gorączki wołyńskiej i gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Wspomina o tem Kaczyński w swojej pracy o odczynie Widala i Weil-Felixa (Przegląd lek. 1918). Zwłaszcza przy rozpoznaniu różniczkowem duru brzusznego od plamistego straciła próba ta na znaczeniu, odkąd stwierdzono, że u szczepionych przeciw durowi brzusznemu, w razie późniejszego zachorowania na dur plamisty blisko u 53% występuje dość wybitny wzrost stopnia aglutynacyi prątków Ebertha, a w 33% przypadków występuje odczyn ten na nowo u chorych dawniej szczepionych, u których w chwili zachorowania na dur plamisty odczynu Widala już nie było.

Powyżej przedstawiłem istotę szczepienia ochronnego, jego dodatnie strony oraz wpływ na przebieg ewentualnego późniejszego zachorzenia. Dotychczas nigdzie szkodliwość szczepienia w większej mierze się nie pojawiła. Takie np. zjawisko, że gdzieś szczepienie odbywa się w miejscu niedostatecznie odkażonem np. po róży, albo że drapanie brudnymi palcami może wywołać liczniejsze przypadki róży, ropowicy lub czyraków, nie przemawia oczywiście zasadniczo przeciw szczepieniu. W całej armii niemieckiej na miliony szczepień w obecnej wojnie był tylko jeden przypadek śmiertelny, i to dotyczący chorego, dotkniętego zwyrodnieniem mięśnia sercowego. W przypadku Frączkiewicza utworzył się po ochronnem szczepieniu ropień, z którego wyhodowano prątki durowe. Ale przypadek ten dotyczył roznosiciela bakteryi durowych, a ropień przebiegał z objawami czysto miejscowymi. Należy jednak choć pokrótce wspomnieć o ujemnych stronach tych szczepień, o zarzutach im czynionych i o przeciwnikach tego zabiegu. Przy szczepieniach przeciwdurowych uderza niewątpliwie zjawisko, że odczyny i dolegliwości po tych wstrzykiwaniach bywają »caeteris paribus« silniejsze od odczynów przeciwcholerycznych. Mogą one według odosobnionych spostrzeżeń stopniować się aż do siły odczynu nadwrażliwości. Nadto spostrzegano odczyny przedłużające się z długotrwałą gorączką i obrzękiem śledziony, które niektórzy uważają za łagodny dur (»en miniature«). Odczyny po powtarzanych szczepieniach bywają nieraz silniejsze, niż po pierwszych. Ullmann sądzi nawet, że przez szczepienie można wywołać większą wrażliwość i możność zachorzenia. W pewnej, względnie niewielkiej liczbie przypadków zauważono bezpośrednio po szczepieniu rozwinięcie się niewątpliwego duru z dodatnią hodowlą bakteryi ze krwi u osób, które poprzednio nie miały żadnych objawów. Nasuwa się myśl, że te osoby pozostawały podczas szczepienia w okresie wylęgania się choroby i że już wcześniej nastąpiło zakażenie, a okres wylęgania właśnie się był ukończył. Można także przypuszczać, że utajona choroba została pod wpływem szczepienia wydobyta na jaw, przez skrócenie okresu wylęgania. Przebieg choroby w takich zachorzeniach bezpośrednio po szczepieniu bywa przeważnie lekki, a śmiertelność znacznie mniejsza, niż u nieszczepionych. Do rzadszych objawów ubocznych należą nieżyty oskrzeli, duszność, kolka jelitowa, biegunki, przemijające bóle lub obrzęki stawów, utrata wagi ciała, bezsenność, trwająca przez jakiś czas, a dalej opryszczki na wargach i języku, wysypki guzkowe w okolicy kolan, różyczka, rumień podobny do płoniczego i rumień guzowaty (erythema nodosum). Do ujemnych objawów należy też zjawisko, spostrzeżone przez niektórych autorów, że inne choroby, przedtem istniejące, jak dolegliwości sercowe, bicie serca, nerwobole pourazowe, stany nieżytowe oraz rany na skórze mogą pod wpływem szczepienia uledz przejściowemu pogorszeniu. Spostrzegano po szczepieniach żółtaczkę (Bleier), oraz nawroty gośćca stawowego. Gruźlica i choroby opłucnej usposabiają do silnych odczynów wogóle, a ogniskowych w szczególności (Sorgo) i stanowią przeciwwskazanie do szczepienia. Toenniessen widział w dwóch przypadkach zakrzep w żyłach i tłomaczy to szkodliwem zadziałaniem endotoksyn, zawartych w martwych bakteryach, na żyły. Przypadki takie należą jednak do wyjątkowych rzadkości. U osób, które kiedyś przechodziły zimnicę, może szczepienie przeciwdurowe wywołać na nowo napady zimnicy z obecnością plazmodyów we krwi (Schlesinger, Dziembowski, Vincent). Pierwszy taki napad zimnicy spostrzegano już w kilkanaście godzin po szczepieniu. Francuzi radzą w tych przypadkach działać zapobiegawczo przez podawanie chininy. Za zjawisko ujemne, które wiąże się ze samem szczepieniem, jako takiem, uchodziła wspomniana powyżej t. zw. »faza ujemna«, która miała poprzedzać pojawienie się odporności i trwać około tygodnia, a w tym okresie szczepiony uchodził za bardziej podatnego na zakażenie durowe, aniżeli osoby zdrowe. Ale obawy przed fazą ujemną okazały się z czasem przesadne, gdyż liczba zachorzeń występujących w przebiegu szczepienia lub tuż po niem jest minimalna. Na blisko 100 osób w zakaźnym oddziale X. szpitala twierdzy w Krakowie nie stwierdziłem po szczepieniu ochronnem w okresie ujemnym żadnego zachorzenia mimo ciągłej styczności szczepionych z chorymi podczas fazy ujemnej, której nie dało się uniknąć. Także sam twórca pojęcia fazy ujemnej, Wright, odstąpił od swoich pierwotnych twierdzeń w tym kierunku.

Należy też poświęcić kilka słów białkomoczowi i zapaleniu nerek po szczepieniach przeciwdurowych. Były one, jak się zdaje, niewątpliwie stwierdzane. Spostrzegano zapalenia nerek krwawe i mocznicę. Niektórzy lekarze nawet skłonni byli dopatrywać się w szczepieniach ochronnych źródła częstego zapalenia nerek podczas ostatniej wojny. Atoli trzeba tu uwzględnić fakt, że warunki życia żołnierzy podczas wojny w wysokim stopniu same przez się usposabiają ustroje o słabych nerkach do zapadania na zapalenie nerek. Niektórzy ze szczepionych mają niewątpliwie przed szczepieniem białkomocz, który z powodu masowego przeprowadzania szczepień musi ujść uwagi. Jeżeli się zważy, jaka względnie znikająco mała liczba zapadła na zapalenie nerek w porównaniu z milionami szczepionych, to musimy dojść do przekonania, że nie ma tu stałego związku przyczynowego. Do tego wniosku doszli też Hünermann na podstawie urzędowej statystyki niemieckiej, a we Francyi Widal i Mery. Również stwierdzoną jest rzeczą (His), że ilość zapaleń nerek odpowiadała warunkom terenu i rodzajowi zajęcia wojennego, że mimo szczepienia takiego

samego było uderzająco więcej zachorzeń nerkowych na wschodnim terenie wojennym, niż na zachodnim, oraz znacznie więcej u wojsk na froncie, niż w etapach i w głębi kraju, o wiele częściej u piechoty, niż u artyleryi. Możnaby co najwyżej, jak to niektórzy autorowie radzą (Reitter), wyłączyć dotkniętych białkomoczem od ochronnego szczepienia przeciwdurowego. Atoli inni, jak np. Serkowski, sądzą, że obawa pogorszenia chorób nerek jest mało uzasadniona i że właśnie w chorobach nerek z bakteryomoczem i innych chorobach, powikłanych przez zapalenie nerek, stosuje się szczepionki z dobrym skutkiem.

Rozpatrując krytycznie ujemne strony szczepienia, musimy jako bardzo ważny uwzględnić możliwy zarzut, że ubywania łagodności duru nie należy odnosić do szczepień ochronnych, lecz albo do przypadkowego wygasania epidemii, albo do łagodnej natury t. zw. »genius epidemicus« duru. Wchodzą tu także w grę liczne czynniki, wywołujące lub ułatwiające zakażenie, które odpowiednio do miejsca, czasu i warunków współdziałają. Armia wykonuje marsze, narażona jest na trudy i wysiłki, lub stoi w pewnej okolicy mniej lub więcej zakażonej, wojska podlegają ciągłej wymianie, a sposób odżywiania się oraz osobista kultura i warunki higieniczne żołnierzy są różne. Pomimo to bezpośrednio korzystny wpływ szczepienia ochronnego okazał się bardzo widocznym. I tak Lehndorf w szpitalach epidemicznych w Serbii i na północnym terenie walk stwierdził u żołnierzy szczepionych śmiertelność z duru brzusznego 4·3%, a u cywilnych osób nieszczepionych 24·1%. Przekonywujące krzywe i zestawienia cyfrowe w tym względzie zawiera praca Bujwida (Gazeta lekarska 1916); dowodzą one, że z początku wojny, gdy przeciw durowi w armii austryackiej nie szczepiono, można było zauważyć wzrost zachorowań w armii na dur brzuszny, a zachorowania gwałtownie zaczęły się zmniejszać wszędzie, gdziekolwiek przeprowadzono szczepienia. Wpływ szczepień, jak z tych zestawień wynika, był na stan zachorowań w wojsku w Krakowie szczególniej wyraźny, a spadek po zastosowaniu szczepień wybitny. Przybycie nieszczepionego rekruta ze zakażonej po najeździe rosyjskim Galicyi środkowej i wschodniej ujawniło się zaraz nieznacznym wzrostem liczby zachorowań w wojsku. Równocześnie ludność cywilna nie szczepiła się zupełnie przeciw durowi, a liczba zachorowań u ludności cywilnej nie tylko nie okazuje spadku, jak u wojska, lecz nawet wzniesienie. Także spostrzeżenia szpitalne potwierdzały to zjawisko. I tak pewien wysunięty szpital epidemiczny armii na Wołyniu miał we wrześniu 1915 dzienny przyrost, wynoszący od 40 do 60 chorych durowych, a przyrost ten bezpośrednio po szczepieniu armii spadł poniżej $^1/_6$ części powyższej cyfry. Z urzędowego zestawienia Hünermanna, dotyczącego całej olbrzymiej armii niemieckiej na wszystkich jej frontach w ostatniej wojnie, od początku wojny do końca roku 1915, widoczny jest ścisły związek między przeprowadzonem szczepieniem a opadaniem liczby zachorowań na dur. W pewnem większem mieście, obsadzonem przez Niemców, wybuchła epidemia duru wskutek zakażenia wody wodociągowej. Gdy wśród mieszkańców cywilnych miasta było przeszło 1000 zachorowań ze śmiertelnością 17%, to ze szczepionego wojska załogi zachorowało tylko bardzo niewielu, a nikt nie umarł. Za korzystnym wpływem szczepienia ochronnego przemawia też i ta okoliczność, że gdy w lecie roku 1915 liczba zachorowań na czerwonkę stosunkowo się wzmogła, to równocześnie dzięki szczepieniom liczba durowych się nie pomnożyła. Liczba autorów, którzy bądź z powodu teoretycznych wątpliwości, bądź z powodu wyników praktycznych nie byli zwolennikami szczepienia, nie jest wielka, a podczas ostatniej wojny zmalała. Należą tu Elliot, Washburn i Melville, a z niemieckich autorów Ullmann i Danelius. Niektórzy (Galambos) ograniczają swój zarzut tylko do tego, że szczepienia nie wywierają wpływu na zmniejszenie się śmiertelności, przyznając im wszelako dodatni wpływ na zmniejszenie się ogólnej liczby zachorowań i na wygasanie epidemii durowych. Miecznikow i jego uczeń Szukiewicz również zwalczali szczepionki, twierdząc, że podskórne szczepienie mogłoby chronić przed zakażeniem drogą podskórną, ale nie od intoksykacyi jelitowej przy przenikaniu zarazków drogą pokarmową. Na to zauważa Serkowski, że w takim razie należałoby odrzucić też szereg innych wypróbowanych szczepionek, o których korzyściach nikt nie wątpi, a które szczepi się podskórnie, choć zarazki dostają się do ustroju innemi drogami.

Aby ocenić istotną wartość szczepienia ochronnego i sprowadzić ją do właściwej miary, musimy sobie, według Wassermanna, zdawać sprawę z tego, że samoistne zakażenie durem brzusznym powstaje wówczas, gdy prątki durowe dostaną się do ustroju drogą przewodu pokarmowego przez wrota w nabłonkach jelitowych. Wtargnąwszy do powierzchownych warstw nabłonkowych w jelitach, wnikają zarazki coraz głębiej, poczem drogą przerzutową krwi i limfy tworzą liczne ogniska w ustroju. Różnica między naturalnym durem a szczepieniem ochronnem jest ta, że sprawa zakaźna przy naturalnem zakażeniu odbywa się głównie w nabłonkach jelitowych, a sprawa szczepienia ochronnego toczy się w narządzie krążenia. Nadto przy naturalnym durze wszędzie, gdzie się znajdują bakterye, a zatem w szpiku kostnym, w gruczołach limfatycznych i śledzionie, powstają na drodze odczynu biologicznego nowe swoiste substancye bakteryobójcze. Zapomocą szczepień ochronnych osiąga się więc tylko część z tego, co powstaje po przebyciu przez ustrój duru brzusznego, a mianowicie tylko produkcyę ciał ochronnych w surowicy. Natomiast przy przebyciu naturalnego duru powstaje oprócz tego tkankowa przemiana nabłonków jelitowych, zamykająca wrota dla prątków durowych. U osobnika, który przebył dur brzuszny, pozostaje ta przemiana zazwyczaj przez całe życie i chroni ustrój przed nowem zachorzeniem, natomiast występowanie poszczepienne w surowicy ciał ochronnych jest tylko zjawiskiem przejściowem, które utrzymuje się tylko przez szereg miesięcy, a wpływem ochronnym może zadziałać tylko na te narządy, tkanki i komórki ustroju, do których substancye ochronne, zawarte we krwi, mają drogą krążenia łatwy dostęp. Dostęp do nabłonków jelitowych, stanowiących wrota dla duru brzusznego, nie jest bardzo ułatwiony z powodu braku naczyń. Wskutek tego sztuczne szczepienie przeciw durowi brzusznemu nie dostarcza ustrojowi ani w części tej odporności, co naturalne przebycie choroby. Oczywistą jest wtedy rzeczą, że po szczepieniach durowych nie możemy spodziewać się bezwarunkowej ochrony przed durem, skoro szczepieni wprowadzają potem obficie prątki durowe do swego przewodu pokarmowego. W pewnym amerykańskim zakładzie dla obłąkanych wybuchła (Trowbridge) epidemia duru i stwierdzono u 8 chorych stałe pojawianie się prątków durowych w stolcu. Po odosobnieniu i przeprowadzeniu szczepienia ochronnego w 3 miesiące później pojawiły się pomimo tego na nowo przypadki duru, które u szczepionych przebiegały łagodnie i z małą śmiertelnością. Ścisłe poszukiwania wykryły, że źródłem zarazy była obecność bakteryi w podawanem mleku, a mleczarz i mleczarka okazali się roznosicielami bakteryi.

Streszczając dotychczasowe dane, dochodzi się do wniosku, że szczepienie ochronne przeciwdurowe nie jest bezwzględnym środkiem przeciw zakażeniu i ma pewne strony ujemne, jednak wywiera niewątpliwie korzystny wpływ na sposób szerzenia się duru, jako zarazy masowej. Nie mógłbym się żadną miarą zgodzić na zapatrywanie lekarzy francuskich Louisa i Combego, że szczepienie to jest tak samo skuteczne, jak Jennerowskie przeciw ospie, albowiem daje ono tylko względną odporność, trwającą pół roku do roku, a co najwyżej 2—3 lat. Różnorodne statystyki, które dały podstawę do wprowadzenia w życie tych szczepień przeciwdurowych, działają przekonująco, gdyż: 1) porównują szczepionych i nieszczepionych, przebywających w tych samych warunkach; 2) dają zgodne a korzystne wyniki, wyrażone w procentach, odnoszące się do różnych armii w rozmaitych krajach, zarówno w Anglii, jak we Francyi, w Ameryce, Afryce, w Japonii, Egipcie i w Indyach, a podczas ostatniej wojny na wszystkich jej terenach; 3) autorowie różnych narodowości i szkół, stosujący różne odmiany tej samej metody, podają jednak mniej lub więcej zgodne a korzystne wyniki. Należy przypuszczać, że w przyszłości dojdzie zapewne do ujednostajnienia i wyszukania najlepszej metody, która znajdzie powszechne przyjęcie.

Przez szczepienie skłonność do zapadania na dur okazała się podczas ostatniej wojny światowej o tyle zmniejszoną, że nie obniżyła bitności wojsk. Jednak z powodu stosunkowo krótkiego czasu trwania ochrony masowe stosowanie szczepienia w warunkach pokojowych byłoby nieracyonalne, a wskazane jest tylko stosowanie go podczas epidemii, oraz u osób przebywających w okolicach, w których panuje nagminnie dur, albo pozostających w zetknięciu z roznosicielami bakteryi lub chorymi na dur. Zwłaszcza u tych, których zajęcie lub zawód zmusza do stykania się z durem, a zatem u lekarzy, bakteryologów, medyków, oraz u pielęgniarzy, funkcyonaryuszów sanitarnych i szpitalnych. Podnieść należy dodatkowo, że powinno się szczepić tylko osoby zdrowe, zupełnie wolne od gorączki i ostrych stanów chorobowych, niedotknięte gruźlicą starą lub czynną, a kobiety poza okresem miesiączkowania. Dzieci znoszą szczepienie bardzo dobrze, a odporność utrzymuje się u nich znacznie dłużej, niż u dorosłych. Dawkę dziecięcą oblicza się według ilości dla dorosłych proporcyonalnie do wagi ciała.

Felczeryzm w b. Królestwie kongresowem.

(Z własnych spostrzeżeń w latach 1915—1918).

Ustawa rosyjska zezwalała t. zw. felczerom na wykonywanie pewnych zabiegów, jak przecinanie ropni, opatrywanie ran zewnętrznych, spychanie ciał obcych tkwiących w przełyku i t. p. W krajach zachodnich Europy »instytucya« felczerów jest wprost nieznana. Felczerzy według przepisów rosyjskich dzielą się na t. zw. starszych i młodszych. Młodszy felczer praktykuje pewną liczbę lat u pryncypała, który zawsze ma zakład fryzyerski, a następnie udaje się na dalszą naukę do szpitali, poczem uzyskuje tytuł starszego felczera. Stwierdziłem w latach wojennych, pełniąc obowiązki lekarza powiatowego w Busku w kieleckiem, że felczerzy wykonują praktykę, przekraczającą niezmiernie daleko ich zakres działania. Leczą więc choroby wewnętrzne, uprawiają chirurgię, a często wykonują zabiegi niedozwolone (spędzanie płodu). Stopień wykształcenia ogólnego felczerów jest tak nizki, wiadomości takiego felczera z dziedziny medycyny tak znikome, że dziwić się należy, iż ustawa rosyjska zezwoliła felczerom wykonywać zabiegi zewnętrzne, co do których wiadomości z dziedziny ogólnych wskazań chirurgicznych są wprost niezbędne. Stąd też na każdym kroku spotykałem się ze skutkami zabiegów felczerskich. Podczas trwania epidemii duru plamistego felczerzy w bardzo wielu przypadkach taili chorobę, tak że zwalczanie jej było ogromnie utrudnione. Ludność wiejska b. Królestwa kongresowego odnosi się do felczerów z zaufaniem; u nich szuka porady w chorobie, a dopiero w ostateczności udaje się do lekarzy. W większych i mniejszych miastach oraz po gminach wiejskich mieszkają liczni felczerzy, którymi niefortunna ustawa rosyjska obdarzyła Kongresówkę. Obecnie, jak donosi urzędowy »Monitor Polski« Nr 47, z d. 27. II. b. r., ma być utworzona przy Radzie lekarskiej komisya egzaminacyjna dla kandydatów felczerskich. A więc będziemy mieli znowu świeży przybytek ludzi, którzy swojem ograniczeniem i brakiem najniezbędniejszych wiadomości z zakresu wiedzy lekarskiej będą tak szkodliwie oddziaływać na zdrowie ogółu ludności, jak dotąd. W r. 1917 zauważyłem, że jeden z felczerów uprawia chirurgię w większym zakresie, aniżeli dozwalała dawna ustawa rosyjska, której austryacki zarząd wojskowy w Lublinie nakazał się trzymać. Zacząłem śledzić działalność tego »chirurga« i wkrótce natrafiłem na dwa przypadki gruźlicy stawu kolanowego, »leczone« — otwarciem stawu. Sprawę oddałem władzom, a felczerowi natychmiast odebrałem prawo wykonywania praktyki. Również byłem zmuszony podawać kilkakrotnie felczerów do ukarania za tajenie chorób zakaźnych, w szczególności duru plamistego.

Stanowczo nie należy dopuścić, aby felczeryzm dotknął Galicyę i Poznańskie, a równocześnie należy wszelkiemi siłami starać się o to, aby temu, że się tak wyrażę, »bolszewizmowi lekarskiemu«, jakim jest felczeryzm, położyć kres w dawnej Kongresówce. Bezwarunkowo należy już raz znieść tę »instytucyę«, która jest zakałą kultury, a pozostawiając obecne pokolenie »aż do wymarcia«, nie tworzyć nowego. Felczerów, jako pomocników w szpitalach, można bardzo dobrze zastąpić odpowiednio wyćwiczoną służbą sanitarną.

Strzyżów, 14. III. 1919.

Dr Antoni Biliński, lekarz powiatowy.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 11. grudnia 1918.

Przewodniczy kol. prezes prof. Krzyształowicz. Obecnych członków 28.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kol. prof. Latkowski przedstawił chorego l. 15 liczącego, chorego na **ropnicę gronkowcową**, u którego stwierdzono ropień w stawie barkowym prawym, zajmujący i mięsień naramienny pr., jakoteż ropień w okolicy prawego przedniego mięśnia piszczelowego, co zdarza się rzadko w przebiegu ropnicy gronkowcowej. W przebiegu wystąpiło zapalenie płuc płatu dolnego lewego. Punkt wyjścia zakażenia nie dał się wykazać. Badanie krwi wykazało leukocytozę neutrofilną. W moczu stwierdzono białkomocz, który w przebiegu choroby ustąpił. W ropie uzyskanej ze stawu wykazano gronkowca białego. Chorego, który miał gorączkę, dochodzącą do 40⁰ o torze przerywanym, leczono wstrzykiwaniami szczepionki gronkowcowej pochodzącej od innego chorego, podczas zapalenia płuc podawano optochinę. W ciągu 6 tygodni nastąpiło wyleczenie, ropnie zupełnie uległy wessaniu, nie przyszło ani do zapalenia nerek, ani do zapalenia wsierdzia. Przebieg korzystny choroby odnosi prof. Latkowski do łagodniejszej postaci zakażenia gronkowcem białym. (Streszczenie własne).

III. Przewodniczący komisyi przedwyborczej kol. Surzycki przedstawił wnioski komisyi w sprawie wyborów. Wnioski jednomyślnie uchwalono. Wybrani tedy zostali: Prezesem: kol. Wacław Damski. Wiceprezesem: kol. Wincenty Witaliński. Sekretarzem dor.: kol. Czesław Karwowski. (Wszyscy na 1 rok).

(Dokończenie nastąpi).

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr St. Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.